

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 77.

LA GÉMELLITÉ

EST-ELLE UN FACTEUR D'AGGRAVATION DE L'ÉCLAMPSIE ?

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 janvier 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marius SOUBEYRAN

Né à Rochepaule (Ardèche), le 25 mars 1885



A. MALOINE, ÉDITEUR

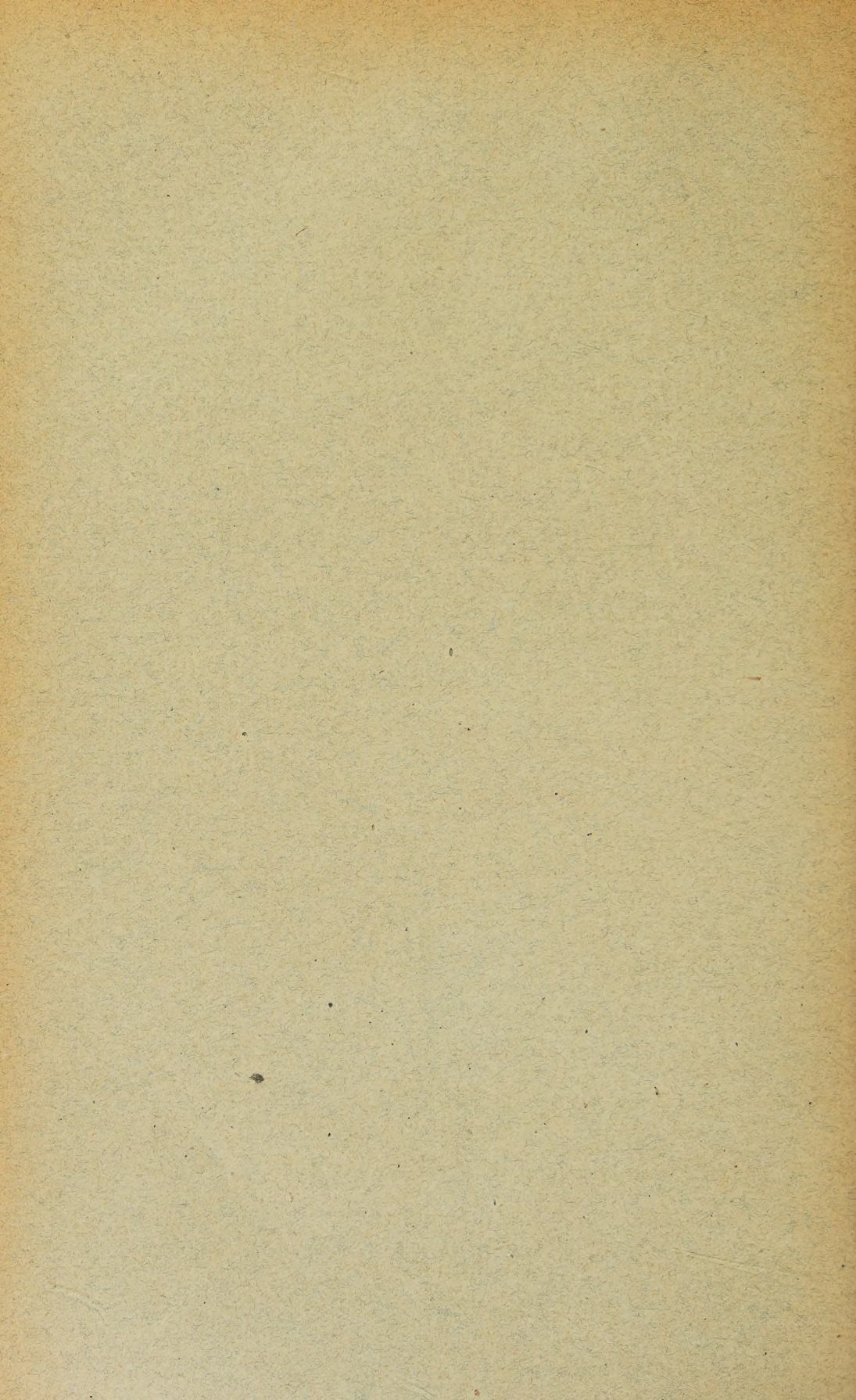
6, RUE DE LA CHARITÉ

LYON

25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1912



LA GÉMELLITÉ

EST-ELLE UN FACTEUR D'AGGRAVATION
DE L'ÉCAMPSIE ?

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 77.

LA GÉMELLITÉ

EST-ELLE UN FACTEUR D'AGGRAVATION DE L'ÉCLAMPSIE ?

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 janvier 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marius SOUBEYRAN

Né à Rochepaule (Ardèche), le 25 mars 1883



A. MALOINE, ÉDITEUR

6, RUE DE LA CHARITÉ
LYON

25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNEQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE
LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		X.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNEQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		X.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		COURMONT (P.).
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNUIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JO SERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC.	MM. J LEPINE.	MM. LATARJET.	MM. MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).
COMMANDEUR.	MARTIN (EL.).	LERICHE.	GUILLEMARD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVE-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, Président; COMMANDEUR, Assesseur;
MM. PATEL et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Avant de quitter cette ville où des maîtres éminents m'ont dispensé la science médicale, et m'ont initié aux procédés de l'art dans lequel ils excellent, je dois les remercier de tout le bagage scientifique que j'ai pu tirer de leurs leçons.

Je dois un souvenir particulier à MM. le professeur Fabre, qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider ma thèse, et à M. le professeur agrégé Voron dans le service duquel j'ai toujours trouvé l'accueil le plus empressé. C'est à lui que revient l'idée initiale de ce travail, et à lui une notable part des observations qu'il contient.

Je n'ai garde d'oublier tous mes maîtres dans les hôpitaux, auprès desquels j'ai appris les éléments cliniques qui me seront si utiles dans la carrière où je m'engage.

Que M. le Dr Vidone de Taninges reçoive l'expression de mes remerciements, pour l'amabilité qu'il a mise à nous confier l'observation de sa clientèle, qui figure au cours de cette étude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

En fréquentant le service de maternité de M. le Professeur agrégé Voron, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de grossesse gémellaire, compliquée d'éclampsie ; tout s'est malheureusement terminé par la mort de la mère. L'observation de ce cas fatal et le rappel par le chef de service de cas analogues par l'allure grave des symptômes, sinon identiques par l'issue déplorable, nous avait fortement frappé. Aussi est-ce avec plaisir, qu'à l'instigation de M. Voron, nous avons entrepris cette enquête sur les rapports de la grossesse gémellaire et de l'éclampsie.

Toutefois, ce qu'il nous a été donné de voir à l'hôpital sollicitait notre attention sur les modifications pronostiques que l'éclampsie recevait de la gémellité ; aussi bien, avons-nous restreint notre étude à ce point particulier, et notre tâche sera seulement de chercher une solution motivée à cette question bien spéciale. La grossesse gémellaire fait-elle l'éclampsie plus meurtrière ? ou, si la mortalité n'est pas accrue, le tableau clinique est-il plus sombre et les séquelles plus redoutables ?

L'importance de cette question est avérée, si l'on songe qu'averti par cette coïncidence de gémellité et

d'éclampsie, d'une forme plus redoutable de la maladie, l'accoucheur peut redoubler de vigilance et instituer, avec plus de hâte et d'énergie, la thérapeutique libératrice.

Nous déduirons nos conclusions de quelques observations d'éclampsie dans des cas de grossesse gémellaire. Comme les coïncidences de ce genre n'abondent pas, nous sommes contraint, pour essayer de formuler un rapport général, de faire abstraction de la loi des grands nombres, qui exige que les statistiques soient appuyées sur des masses de cas particuliers, afin que puissent s'annuler les variations individuelles de sens contraire.

Notre travail progressera en trois étapes :

I. — Une première partie *théorique* nous apprendra quels éléments nous éclairent sur le pronostic de l'éclampsie.

II. — Dans un deuxième chapitre, nous écouterons ce que nous dit l'expérience, et rechercherons en quel sens et à quel degré la gémellité modifie les divers éléments de ce pronostic, et, dès lors, le pronostic lui-même : ce sera une partie d'*application*.

III. — Enfin, nous tenterons l'*explication* de cette influence, de quelque orientation qu'elle soit : ce sera notre dernière partie.

Et il ne nous restera qu'à formuler les conclusions de notre enquête.

CHAPITRE PREMIER

Eléments de pronostic de l'éclampsie.

On a dit que l'éclampsie était une affection à surprises et à surprises désagréables. Toutefois, quelque déconcertante que soit son évolution et cachée l'issue où elle s'achemine, nous ne sommes pas livrés sans lumières à ses caprices. Son allure mystérieuse doit nous rendre soigneux à interroger les moindres symptômes de son cortège clinique, pour tirer de cette étude, sinon la clarté qui dissipe tous les doutes, du moins des lueurs qui, rassemblées, nous découvrent l'orientation de la maladie dans tel cas donné. Quels indices donc peuvent nous faire présager la terminaison heureuse ou fatale des crises éclamptiques?

Le pronostic de l'éclampsie, intoxication générale, est sous la dépendance de l'énergie et du succès de la défense organique. Tout ce qui rend la femme plus vulnérable aux agents pathogènes, comme les atteintes antérieures ayant laissé les viscères dans un état de déchéance est de fâcheux augure; la malade en effet est livrée, avec un déficit de forces, défensives, aux assauts d'une maladie singulièrement violente. Et les perturbations physiologiques qui, durant la lutte, traduisent

le fléchissement de la résistance sont les signes avant-coureurs d'un sombre dénouement. Au contraire, si l'organisme oppose son intégrité aux attaques des toxines, si l'ensemble des grandes fonctions, par le trouble léger de son harmonie, révèle le combat et non la défaite, l'espoir se ravive et le pronostic s'éclaire.

Un des éléments primordiaux du pronostic de l'éclampsie est fourni *par la courbe thermique*. Une température modérément exhaussée au-dessus du niveau normal, régulière dans son expression graphique, témoigne que le corps suffit à sa tâche, sans excès de dépense. Mais, quand le thermomètre pointe vers les chiffres de 39°5, 40°; quand les accidents du tracé nous figurent le désarroi de la calorification centrale, il y a lieu de s'inquiéter. Et l'étude comparée des feuilles de température et des observations des éclamptiques, nous confirme que, dans les cas légers, la fièvre reste discrète et s'éteint rapidement, tandis qu'une hyperthermie notable et tenace accompagne toujours les éclampsies à symptomatologie tapageuse et à funeste terminaison; cette persistance de la fièvre signale, en effet, de graves altérations du système nerveux, témoignant ainsi d'un déséquilibre de l'économie; par une symptomatologie contraire, l'hypothermie nous apprend l'insuffisance de la résistance et la défaillance de l'organisme, aussi est-elle d'un pronostic aussi funèbre que la fièvre.

On ne doit pas moins scrupuleusement interroger *le pouls*; il nous renseigne sur l'irrigation générale des tissus, sur leur nutrition et leur défense. Quand il

se précipite, quand sa tension s'élève, quand son rythme se bouleverse, que le parallélisme de sa marche avec celle de la température est détruit, quand il faiblit et que, misérable, il fuit devant le doigt qui le palpe, les pires éventualités sont à redouter. Bat-il jusqu'à 180 coups par minute, la mort est imminente. En toute hypothèse, abstraction faite de ces troubles extrêmes, son altération nous apprend que les toxines ont mordu sur la fibre cardiaque, soit pour atténuer son énergie, soit pour modifier son rythme, soit pour provoquer une vive réaction. Les centres régulateurs eux-mêmes peuvent être lésés.

Il n'est pas inouï que le *système nerveux central* ait été le siège d'*hémorragies* produites par ces perturbations circulatoires. Ce phénomène, dont on conçoit toute l'importance, peut être cliniquement constaté. Méfions-nous des éclampsiques dont le liquide céphalo-rachidien, obtenu par ponction rachidienne, est plus ou moins chargé de globules sanguins.

Ils sont les trop fidèles témoins des hémorragies cérébrales qui annoncent et préparent la déchéance du névraxe.

A n'en pas douter, l'avenir de l'éclampsique est sous la dépendance de *l'intensité et de la fréquence* des accès. Le système nerveux, ébranlé par des attaques multipliées, n'a pas le temps de refaire ses forces épuisées et affronte la lutte de plus en plus affaibli, s'acheminant de déchéance en déchéance vers la défaite décisive. Ce que l'éclampsie obtient par la multiplicité de ses agressions, qui ne voit qu'elle peut le produire par la violence de ses crises, ces déperditions nerveuses, sortes

d'hémorragies avec surmenage de tous les appareils, peuvent d'un coup spolier un organisme et le coma qui, nous dit que cet épuisement, devient, s'il se prolonge ou s'il est trop profond, un gros point noir pour le pronostic. Voyez cette malade, qu'une première crise a plongée dans le coma, elle y est comme ensevelie et nulle lueur de connaissance ne vient, en dépit du traitement, éclairer le sombre état où elle est. Très probablement, ce coma qui se prolonge vingt, trente heures, ne se dissipera pas et sans transition la patiente passera du coma à la mort.

Quelle que soit l'hypothèse pathogénique à laquelle on se range, il est clair que *l'intégrité des fonctions intestinales, hépatiques et rénales*, nous est un garant des bonnes conditions de la lutte. Que les déchets alimentaires, lourds de produits nocifs, stagnent dans l'intestin, laissant diffuser à travers la muqueuse absorbante des masses de poisons; que dans le sang, ces produits traversant un foie qui faillit à sa triple mission d'être pour les toxines un barrage, un modificateur, un destructeur, ne soient ni arrêtés, ni atténués, ni détruits, que, livrés à la circulation ces mêmes poisons ne puissent s'éliminer par le filtre rénal congestionné et lésé, ce sont autant de conditions excellentes pour que l'ennemi reste dans la place. Aussi, la cessation des évacuations alvines, l'insuffisance hépatique que l'ictère nous révèle, l'oligurie, la diminution des urines et leur surcharge en albumine, qui nous traduisent la souffrance du rein, sont autant d'éléments de pronostic fâcheux. Il faut mettre en vedette *l'oligurie* et *l'anurie*; car si les déchets n'ont aucune issue, ou une issue notablement réduite, l'économie est vouée à la mort par l'apport incessant de

nouveaux produits de désassimilation. De ces considérations nous pouvons déduire à quel point importe l'état antérieur de la malade pour l'appréciation du pronostic et dans quelle infériorité gît une malheureuse aux émonctoires déjà surmenés et blessés.

A côté de ces symptômes cardinaux, pourrait-on dire, fidèles témoins de la lutte, il convient de signaler pour éclairer le pronostic, d'autres éléments moins suggestifs, mais que l'expérience reconnaît doués d'une certaine signification.

C'est ainsi que les multipares paient un plus lourd tribut que les primipares, que l'éclampsie survenue pendant la grossesse demande un pronostic plus prudent que celle qui frappe la malade, l'accouchement terminé ; que, pendant la grossesse, la femme se défend d'autant plus efficacement que son terme est plus rapproché.

On voit que multiples sont les facteurs qui modifient l'allure des crises éclamptiques et que, si son évolution échappe à nos prévisions, nous pouvons néanmoins, par la collection de nos remarques, conjecturer avec assez de vraisemblance à quelle solution elles nous conduisent. On ne saurait s'entourer de trop de lumières et nous allons, par l'étude de documents cliniques, envisager si la grossesse gémellaire ne doit pas venir s'ajouter à la liste déjà longue des manifestations qui nous renseignent sur le pronostic de l'éclampsie.

CHAPITRE II

Étude pratique et application.

La gémellité compliquée d'éclampsie en clinique.

C'est un fait depuis longtemps admis que la gémellité est une cause prédisposante à l'éclampsie. Le raisonnement à l'aide de considérations physiologiques nous amène à admettre la plus grande fréquence comme très probable, et l'expérience confirme ce pressentiment et précise le rapport qui unit l'éclampsie et la gémellité.

Des diverses statistiques assez fortement divergentes, on peut retenir, comme moyenne acceptable, que l'éclampsie survient une fois sur 350 accouchements ordinaires, c'est en somme une assez rare éventualité. Si, au contraire, on s'en tient aux accouchements gémellaires, on trouve 1 cas d'éclampsie sur 15 accouchements. Ces chiffres dispensent de tout commentaire. N'insistant pas sur une prédisposition si bien établie, nous abordons de suite le problème que nous nous proposons de résoudre. La gémellité, qui rend si fréquente l'éclampsie, la fait-elle plus grave? Suivons les données de la clinique.

OBSERVATION I

(CLÉMENT. Thèse Paris 1893-94.)

*Primipare, albuminurique, éclamptique, grossesse 'gémellaire.
Forceps pour le premier fœtus, version interne pour le second.
Enfants vivants, délivrance artificielle.*

X., primipare de 23 ans, réglée à 15 ans et toujours régulièrement depuis.

A eu la rougeole à 7 ans. Les urines contiennent beaucoup d'albumine ; peau, squelette, cœur et poumons normaux.

Œdème considérable des membres inférieurs, de la paroi abdominale, des grandes lèvres.

On reconnaît deux fœtus au palper. Tous deux en présentation du sommet. Cette femme ne peut dire que deux choses : c'est qu'elle voit mal depuis trois mois, et qu'elle souffre de la tête.

1 h. 20 soir, le 22 mai 1894, T. 36°4. Première attaque d'éclampsie. Pouls 120, petit, irrégulier. T. 37°8, face bleuâtre.

Sous l'action du chloroforme la malade s'endort, utérus ligneux. Tête amorcée.

2 h. 25, deuxième attaque : chloroforme.

4 h. 25, troisième attaque : chloroforme.

5 h. 3/4 : chloroforme.

6 h. 3/4, cinquième attaque : chloroforme.

7 h. 40, sixième attaque, accélération du pouls 160 environ.

8 h. 40, la poche des eaux est appliquée sur la tête.

10 h. soir, dilatation comme 0 fr. 50.

Le 23 mai 1894. — A partir de minuit la malade est couverte de sueurs abondantes. 2 h. du matin, P. 100. 2 h. 45, dilatation comme 5 francs.

4 h. 45, dilatation complète, on extrait le premier enfant à l'aide du forceps, le second à l'aide de la version interne. Les deux enfants viennent vivants, étonnés, mais vite ranimés.

7 h. 45 matin, T. 37, P. 108.

Le 9 juin. — Plus d'albumine dans les urines.

La malade part guérie le 10 juin 1894.

OBSERVATION II

(R. DUCHEMIN. Th. Paris, 1893.)

Grossesse gémellaire, compliquée d'éclampsie, avec albuminurie, seulement après l'accouchement.

A. D., 23 ans, entre à la clinique Baudelocque le 19 mars 1891.

Primipare, bon cœur et poumons normaux, pas d'œdème, ni de varices.

On fait le diagnostic de grossesse gémellaire. Pas d'engagement.

Bassin vicié. P. sous-pubien 10,7, coccyx sous-pubien 8,5.

Le vendredi 3 avril, les urines ne contenaient pas d'albumine.

5 avril. — Deux sièges en bas, hauteur de l'utérus 42 à 7. Grippe et laryngite. Pas d'albumine dans les urines.

Le 10 avril, à 7 heures du matin, la malade a 2 accès d'éclampsie.

A midi, troisième accès.

Midi 30, quatrième accès.

1 h. soir, cinquième accès.

4 h. 20, sixième accès. Du 10 au 11 avril, la malade n'a pas de nouvelles crises d'éclampsie.

Le 11 avril, à 2 heures soir, grand bain à 38° de 1 heure 1/2. Purgatif, eau-de-vie allemande 15 grammes, sirop de nerprun, 25 grammes.

On obtient de sérieuses garde-robes. On administre un peu de chloroforme, la malade est plongée dans un état de coma continu.

12 avril, à 4 heures soir, la malade sort de l'état comateux et demande à uriner. Les urines sont albumineuses.

13 avril. — La malade a recouvré complètement connaissance.

14 avril. — La femme chloroformée est mise en position obstétricale.

Extraction du premier fœtus, puis du deuxième, facile. Les enfants vivants respirent aussitôt après la naissance. Vingt minutes après l'extraction des deux enfants, hémorragie, on extrait le délivre à l'aide d'une légère expression, et l'on fait une injection intra-utérine.

12 avril. — Urines albumineuses.

Le 19 avril, à 11 heures du matin, accès éclamptiques, céphalalgie, connaissance normale, lavement de chloral.

A 11 h. 1/2, quelques mouvements convulsifs dans les membres inférieurs; ils sont suivis de raideurs pendant quelques secondes, obnubilation. L'albuminurie reparait.

20 avril. — Intelligence recouvrée, urines albumineuses.

On donne à la malade 20 grammes d'eau-de-vie allemande.

27 avril. — Plus d'albumine.

La malade sort guérie le 9 mai 1891.

L'état des enfants est bon.

OBSERVATION III

(Extrait de Ch. AZAIS. Thèse Lyon, 1891.)

Primipare. — Grossesse gémellaire. — Albuminurie.

Accouchement spontané suivi d'attaques d'éclampsie.

Anna G..., 27 ans, couturière, I-pare, grossesse gémellaire, accouchement à 8 mois 1/2.

A son entrée, elle présente de l'œdème des membres inférieurs et de l'albumine dans les urines; accouchement normal des deux enfants.

Le 25 août 1887, T. 37°, après l'expulsion du deuxième fœtus, se déclare la première crise d'éclampsie suivie d'un coma assez long. Pendant le même jour et les jours suivants, la malade a eu 20 accès; après le cinquième, la température est à 38°5; après le seizième elle est à 39; elle redescend ensuite et se

maintient entre 27° et 38°. Deux jours après l'accouchement, l'œdème tend à disparaître ainsi que l'albuminurie.

La malade sort du service dix-sept jours après y être entrée et est bien rétablie : un des enfants est bien portant, le deuxième mort-né. Traitement : chloral, lait, eau alcaline.

OBSERVATION IV

(In thèse AZAIS. Lyon, 1891.)

Multipare. — Grossesse gémellaire. — Accouchement spontané. Crise d'éclampsie. — Mort de la mère.

Fr. B..., 35 ans, VI-pare, brodeuse pour ornements d'église, mariée le 23 février 1885.

Elle a présenté pendant sa grossesse de l'œdème des membres inférieurs et une quantité considérable d'albumine : accouchement spontané de deux enfants vivants. T. 37°4, beaucoup d'albumine.

Tout à coup, la malade prend une crise, écume à la bouche, refroidissement des extrémités. Dyspnée extrême, état comateux profond. Traitement : ventouses sur la poitrine, saignée, lavement purgatif, sangsues aux apophyses mastoïdes. La malade meurt quatre heures après le début de l'accès sans avoir repris connaissance.

OBSERVATION V

(D^r DESOYE. Thèse Paris.)

Primipare. — Grossesse gémellaire. — Accouchement spontané d'un premier enfant. — Crises éclamptiques. — Accouchement de deux enfants par version interne. — Albuminurie légère.

X..., primipare, accouche le 20 avril 1894, à minuit, d'un enfant du sexe masculin, vivant et bien conformé. La grossesse avait été normale, pas d'anasarque ni d'œdème des jambes.

seulement de la fatigue générale et de la toux sans signes stéthoscopiques à l'auscultation.

Pas d'incident pendant le travail qui commence à 7 heures du soir pour se terminer à minuit. Toutefois, dès les premières douleurs, l'accouchée accuse de vives douleurs jusqu'au moment de l'accouchement. Une heure après l'accouchement éclate une attaque d'éclampsie très violente. La sage-femme, reconnaissant de suite la présence d'un autre enfant dans l'utérus, m'envoie chercher. Depuis la première crise, la malade, sans reprendre connaissance, a eu vingt attaques environ. On transporte la malade à la maternité à Dijon. Trois nouvelles attaques se produisent durant le trajet. On fait la version sous chloroforme et on retire un enfant mort. La délivrance a lieu sans accident. Deux nouvelles attaques se produisent après la sortie de l'enfant. La malade ne reprend connaissance qu'après quarante-huit heures.

Neuf jours après son accouchement, la malade quitte la maternité en voie de guérison.

Les urines, examinées après l'accouchement, ne renferment qu'une très faible dose d'albumine.

OBSERVATION VI

(LAUGIER. Thèse Lyon, 1885.)

*Grossesse gémellaire. — Pas d'albuminurie. — Eclampsie.
Hémorrhagie abondante. — Mort.*

Femme de 36 ans, entre le 31 mars 1867; huitième grossesse, à terme; premières douleurs, 7 heures du matin; membres inférieurs, parties génitales et parois abdominales très infiltrées depuis trois mois. Diagnostic: grossesse gémellaire. Examen des urines, négatif; trois accès d'éclampsie avant le travail. Accouchement d'un enfant vivant; poids, 3 k. 900; longueur, 50 cent.

1^{er} février, 4 h. 1/2 du matin, un accès d'éclampsie; hémorrhagie abondante; mort de la mère.

OBSERVATION VII

(LAUGIER. Thèse Lyon, 1885.)

Femme de 20 ans, primipare, entrée le 20 mars 1878 à terme ; examen des urines, grande quantité d'albumine ; trois accès d'éclampsie ; accouchement d'un premier enfant par le sommet, 2 k. 450 ; deuxième enfant, siège, 2 k. 750 ; pas d'accès après l'accouchement, hémorrhagie abondante. Mort de la mère.

OBSERVATION VIII

(CASAMAYOR, thèse, Paris 1892.)

Primipare, grossesse gémellaire, éclampsie. Mort.

Le 29 juillet 1876, femme de 20 ans, primipare enceinte de 8 mois $1/2$, infiltration depuis un mois, céphalée frontale. Quatre accès avant l'accouchement, treize après. Saignée de 1020 gr. Deux enfants OI DP et SI GA. Forceps et version, saignée de 1000 grammes, les deux enfants naissent vivants. Mère morte le 29 juillet.

OBSERVATION IX

(In thèse CASAMAYOR.)

Primipare, grossesse gémellaire, éclampsie. Mort.

20 juin 1877, primipare, 19 ans, à terme, céphalée depuis quinze jours. Trombus de la vulve : quinze accès avant l'accouchement, un après ; deux enfants SI AG et OI DP. Forceps, version. Saignée de 600 grammes. Mère morte le 26 juin. Enfants morts.

OBSERVATION X

(In CASAMAYOR.)

Primipare, grossesse gémellaire, albuminurie, éclampsie. Mort

Primipare, 8 juillet 1877, âgée de 24 ans, enceinte de huit mois. Urines très albumineuses; seize accès avant, un après l'accouchement. Deux enfants, OI DP et SIG A, Deux saignées de 500 grammes. Forceps, version. Mère morte le 9 juillet. Enfants vivants.

OBSERVATION XI

(In CASAMAYOR.)

Primipare, grossesse gémellaire. éclampsie. Mort.

18 août 1886, primipare huit mois et demi. Vingt et un accès avant l'accouchement, pas de traitement, était infiltrée depuis deux mois. Deux enfants en SIG. Forceps, version. Mère morte.

OBSERVATION XII

(In CASAMAYOR.)

Primipare, grossesse gémellaire, éclampsie. Mère vivante.

Primipare 33 ans, enceinte de sept mois, entrée le 3 mars 1888. Six accès avant l'accouchement, infiltration générale. Pas de saignée. Inhalations de chloroforme, chloral 4 grammes. Deux enfants OI DP et OI GA. Forceps, version. Un enfant 1530 grammes. Mère guérie le 15 mars.

OBSERVATION XIII

(D^r GAUTRELET.)

Primipare, grossesse gémellaire, éclampsie. Guérison.

M. R. . . , 22 ans, primipare, entrée le 15 août 1888, à la maternité de Dijon, premier accès d'éclampsie à 2 h. 1/4, suivi de cinq accès de vingt en vingt minutes. Accouchement à 4 h. 1/4 du soir d'un garçon par forceps et à 5 h. 1/2 du soir, d'une fille par forceps. Quatre heures après, délivrance.

Traitement : Potion de chloral, nuit bonne ; suite de couches très bonnes. Cette femme est sortie guérie le 23 août.

OBSERVATION XIV

(Due au D^r GAUTRELET.)

Primipare, grossesse gémellaire, éclampsie. Guérison.

X. . . 20 ans, primipare, entrée le 29 mars, à 9 heures du soir, accouchement spontané d'un premier enfant sexe masculin, vivant. Une heure après, premier accès d'éclampsie suivi de plusieurs autres toutes les dix minutes. Pendant tous ses accès, rupture de la deuxième poche et procidence d'un bras du deuxième enfant. Version, à 9 heures du matin, extraction d'un enfant mort-né du sexe masculin. Encore trois accès plus espacés, suivis de coma pendant vingt-quatre heures. Troisième jour, montée du lait et allaitement. Quinze jours après, l'accouchée sort guérie.

OBSERVATION XV

(Due au D^r GAUTRELET.)

*Primipare, grossesse gémellaire, éclampsie. péritonite.
Guérison.*

Y. . . , primipare 26 ans, enceinte de huit mois et demi. Oedème considérable généralisé, céphalie.

13 avril 1892, premières douleurs à 10 heures du soir.

14 avril, accouchement d'un premier enfant du sexe féminin à 5 heures du matin, spontanément. Un ou deux accès avant l'accouchement du deuxième enfant qui a lieu spontanément à 7 heures.

Délivrance artificielle à 7 h. 1/2, accès d'éclampsie de plus en plus nombreux et fréquents au nombre de soixante-sept depuis 4 heures du soir jusqu'à 1 heure du matin.

Pas d'hémorragie. Les deux enfants meurent au bout de quinze jours de sclérose.

Le traitement a été d'abord 1 gramme de chloral, par la bouche infructueusement, puis un lavement de chloral avec inhalations de chloroforme.

La mère est guérie après avoir eu des accidents septicémiques (péritonite puerpérale).

OBSERVATION XVI

(D^r PUECH, Montpellier.)

Primipare 23 ans, à terme. Quatre crises au moment de l'accouchement. Forceps pour le premier enfant, qui naît vigoureux. Version interne difficile, et sortie facile d'un garçon qui naît un peu étonné. Délivrance tardivement effectuée par expression et tractions combinées suivies d'une légère perte de sang. Déchirure complète du périnée. Plus d'attaques mais la malade ne prit connaissance qu'au bout de 48 heures. Suites de couches normales. Deux jumeaux bien portants.

En 1895, nouvelle grossesse, avec, à diverses reprises, phénomènes d'auto-intoxication et légère albuminurie. Grossesse heureusement terminée.

OBSERVATION XVII

(Duc à M. le professeur agrégé COMMANDEUR.)

Eclampsie de la grossesse. — Arrêt des crises. — Travail spontané et lent. — Intervention. — Forceps sur le premier. — Version sur le second. — Mort-né. — Hémorragie de la

délivrance artificielle. — Compression de l'utérus sur le poing.
— Mort deux heures après. — Autopsie, gros foie blanc,
gros rein blanc. — Hypertrophie du ventricule gauche.

Séraphine X..., 35 ans, primipare est entrée à la maternité le 14 mars 1903, à 8 heures du soir, en état d'albuminurie grave avec éclampsie, amenée par une sage-femme, celle-ci déclare qu'elle a pris une crise à 4 heures de l'après-midi. Aussitôt après, elle lui administra un lavement de chloral.

A son arrivée dans le service, 8 heures du soir, on prend sa température 38°2. Son pouls est à 120; on procède à la désinfection et on examine la malade, l'examen ne donne pas de signes de travail, le col a encore 2 centimètres de longueur complètement fermé. Il est dur, paraît infiltré, le segment inférieur commence, à se constituer et en travers de lui on croit percevoir une présentation du sommet.

A l'inspection, on remarque un œdème généralisé, sauf aux mains, mais il est surtout accentué aux grandes lèvres et aux membres inférieurs.

Par la palpation on a un ballottement céphalique au niveau de la fosse iliaque gauche, et comme on croit avoir senti une tête à travers le segment inférieur, on pense à une grossesse gémellaire, quoique les deux maximum des bruits du cœur ne soient pas bien perçus.

A l'examen des urines, on trouve une grande quantité d'albumine, on donne à la malade un lavement ordinaire en attendant un lavement purgatif, et en même temps elle absorbe 3 grammes de chloral par la bouche qui sont bien gardés.

A 8 h. 1/4, nouvel examen par M. l'interne.

A 10 h. 1/2, lavement purgatif.

Jusqu'à 11 h. 3/4 la malade fut assez calme, mais à ce moment, M. l'interne de service veut se rendre compte de l'état du col. Ce toucher détermine à la malade, une nouvelle crise d'éclampsie, on lui fait absorber 1 gramme de chloral.

Le 15 mars, à minuit et demi, nouvel examen à la suite duquel nouvelle crise.

A 3 heures du matin, lavage de l'estomac, avant de retirer la sonde on lui a introduit 2 grammes de chloral.

Pendant la nuit, de 8 heures du soir à 8 heures du matin, la malade a absorbé 1,050 grammes de lait, 7 grammes de chloral. Par le cathétérisme, on a retiré 80 grammes d'urine.

De 8 heures du matin à 8 heures du soir : 1,050 grammes de lait et 5 grammes de chloral. Nouveau cathétérisme à 6 h. 30, 100 grammes d'urine. A 10 h. 3/4 du matin, lavement purgatif. Pendant le jour, on lui donne toutes les trois heures des lavements salés qui sont rejetés presque aussitôt.

A 5 heures du soir commence un léger écoulement sanguin par le rectum, cet écoulement a duré jusqu'au soir à 6 heures, les caillots recueillis et pesés furent évalués à 600 grammes.

Comme la saignée devenait largement suffisante, le 16 mars, à 4 h. 30 du soir, le chef de service cherche à se rendre compte d'où pouvait provenir cette hémorragie, d'abord avec le doigt, ensuite avec le spéculum et finit par reconnaître que le suintement venait de plus haut; il fait donner à la malade un grand lavement de 2,000 grammes au permanganate à 1/10,000^e à 45°. Arrêt de l'hémorragie. De 8 heures du matin à 8 heures du soir, 480 grammes de lait et 3 grammes de chloral.

Jusqu'au 21 mars, sauf l'hémorragie, à peu de choses près, l'histoire de la malade se poursuit analogue avec cathétérisme, lavements, absorption de lait et de chloral, puis la scène se dramatise.

Du 21 au 22 mars nuit agitée T. 39°7. Pouls 120. Les douleurs commencent, progressent, s'établissent avec un rythme assez normal puis s'arrêtent à 2 heures de l'après-midi.

On examine la malade, col dilaté à 5 centimètres. Vers 3 heures, la malade est revenue à l'état normal, sauf sa respiration qui reste gênée, elle reste ainsi jusqu'au moment de l'intervention.

A 10 h. 1/2, forceps dans l'excavation : tête en OIDP, on extrait un enfant mort. Le second fœtus est en présentation du sommet en OIG. Une version l'amène. Il était mort.

A ce moment la malade a un écoulement sanguin peu impor-

tant, mais continu. La compression de l'aorte ne suffisait pas, on pratique la délivrance artificielle. Inertie utérine, on exerce la compression de la plaie placentaire par le procédé du poing.

On continue cette manœuvre pendant cinquante minutes, jusqu'à ce que la main lassée soit comme expulsée par l'utérus, qui se contracte. On pousse dans l'utérus une injection iodée à 45°. On injecte sous la peau de l'ergotine et 500 grammes de sérum artificiel et la malade est transportée dans son lit.

La patiente revient complètement à elle, en proie cependant à un peu de délire, elle est très agitée une demi-heure durant, mais n'accuse aucun malaise. Le pouls est très petit, la face cyanosée, les extrémités se refroidissent. Malgré les inhalations d'oxygène, les injections de caféine, les lavements de sérum, la malade rendait le dernier soupir à 2 h. 30 du soir.

L'autopsie démontra la cavité abdominale chargée de plusieurs litres de liquide ascitique citrin, avec surface péritonéale dépolie, congestionnée et couverte de dépôts fibrineux. Dilatation énorme de l'estomac et distension notable du gros intestin. Les autres viscères étaient touchés. Le ventricule gauche était hypertrophié. On a trouvé un gros foie blanc et un gros rein blanc.

OBSERVATION XVIII

(Octobre 1911, de M. VORON.)

X... est amenée à l'hôpital à 2 heures du soir, dans le coma. On a raconté qu'on l'a trouvée gisante dans la rue, on l'a requis une voiture pour la transporter à l'Hôtel-Dieu; là on constate des convulsions localisées à la face. Envoyée dans un service de médecine, elle y est soumise à un examen plus approfondi qui permet de diagnostiquer une grossesse qu'on fait remonter à 4 mois. On l'évacue sur la Maternité. Le coma persiste, à peine la malade profère-t-elle quelques mots, la face est toujours secouée de convulsions qui, d'ailleurs, ne se généralisent pas. Ni myosis, ni phénomènes paralytiques. La patiente perd quelques glaires sanguinolentes. On ramène par le cathétérisme vésical une certaine

quantité d'urine, où l'on décèle un disque moyen d'albumine.
T. 39°2.

Pas d'œdème.

On institue un traitement énergique; saignée de 500 grammes, lavage d'estomac, administration d'un gramme de chloral toutes les heures; le coma persiste. En dépit de l'active thérapeutique, toute la nuit l'état se maintient sans rémission.

Vers 5 heures du matin, la femme expulse, sans incident, deux fœtus. Après l'accouchement le tableau s'assombrit, le coma se prolonge, la respiration devient stertoreuse, le pouls s'accélère; la parturiente est compromise, et de fait, l'accouchée meurt à 5 h. du soir.

A midi, la malade, d'après le récit de son père, aurait quitté son domicile, inquiétée par quelques malaises qu'une promenade devait dissiper. Sa première crise l'attaque et la terrasse dans la rue, où elle attend, dans le coma, que des passants la relèvent et la conduisent à l'hôpital. La persistance des convulsions de la face, l'état puerpéral de la malade, le disque d'albumine, la prolongation du coma, tout semble indiquer qu'il s'agit là d'une crise éclamptique. L'interrogatoire du père permet de confirmer ce diagnostic. Nous pouvons donc ainsi résumer cette observation :

Crise d'éclampsie chez une gémellaire enceinte de 4 mois, avec avortement, coma, durant 36 heures, sans véritable éclaircie jusqu'à la mort. Inefficacité absolue du traitement.

Les parents s'étant opposés à l'autopsie, on n'a pu constater le substratum anatomique de cette symptomatologie discrète mais très sombre.

OBSERVATION XIX

(D^r VORON.)

Grossesse gémellaire chez une quartipare. Pas d'albuminurie pendant la grossesse. Hydramnios. Accouchement avant terme. Grande crise d'éclampsie après l'accouchement. Vessie pleine, cessation du coma une heure après l'évacuation de la vessie.

5 janvier 1906. — M. G. Dans les antécédents de l'expectante, on ne relève aucune affection ayant pu laisser de la néphrite,

ni scarlatine, ni fièvre typhoïde, ni angine. La malade n'a jamais souffert de dyspnée d'effort, ni remarqué d'œdème des membres inférieurs, pas de pollakiurie, pas d'épistaxis. Les trois accouchements antérieurs ont été normaux et les urines alors analysées par une sage-femme ne contenaient pas d'albumine. Ses enfants, tous nés à terme, vivent et jouissent d'une santé parfaite.

Quand elle est venue se présenter à l'examen, vers les derniers temps de sa grossesse actuelle, elle se plaignait du volume de son ventre exagérément tendu.

Sa démarche en était alourdie et sa respiration oppressée.

L'examen découvre un œdème accentué des membres inférieurs, remontant jusqu'au suspubis, qui lui-même est très tuméfié.

Sur la paroi abdominale tendue, on perçoit très bien le phénomène du flot. Le diagnostic qui s'imposait était celui d'hydramnios avec de grandes probabilités pour une grossesse gémellaire; mais on ne trouvait que deux pôles de nom contraire, tout en obtenant deux maxima des battements cardiaques.

Les urines, examinées aux derniers jours de la grossesse, ne devaient pas être albumineuses, puisqu'on n'avait rien noté. En tous cas, on ne trouvait aucun signe prémonitoire d'éclampsie.

Le 1^{er} juillet, au matin, la malade accoucha de deux filles bien portantes. Toutes deux se présentaient par le siège. La délivrance, sans accident, fournit deux placentas simplement unis par une bride fibreuse.

Le même soir, céphalée violente, vomissements verdâtres répétés et, à 10 heures du soir, crise classique d'éclampsie, suivie de coma. On cathétérise la vessie qui laisse s'écouler un litre d'urine.

Analysée après filtration, elle laisse se précipiter un disque massif d'albumine. On donne un lavement purgatif, on lave l'estomac, on administre 1 gramme de chloral à 10 heures 1/2, 1 gramme à minuit, 1 gramme à 3 heures du matin et 1 gramme à 8 heures.

Le lendemain la malade dort bien, elle est très abattue, on la laisse à la diète hydrique. L'albumine des urines est bien moins abondante.

Le surlendemain la malade est en bon état et il est impossible de déceler la moindre trace d'albumine dans les urines.

(Service du Professeur agrégé VORON.)

OBSERVATION XX

(Inédite, D^r VORON.)

*Grossesse gémellaire et éclampsie. Mort six heures
après le début des crises.*

M^{me} D..., rue V..., primipare, 24 ans, enceinte de huit mois, bonne santé habituelle, grossesse assez bien supportée, néanmoins quelques malaises depuis un mois (maux de tête, vomissements) auxquels, la malade n'a pas attaché d'importance. La malade a été vue deux ou trois fois par une sage-femme. Les urines n'ont jamais été examinées.

Le 31 juillet, la malade sortie, à 8 heures, rentre à 9 heures, chez elle, et presque aussitôt, sans prodromes, prend une crise convulsive. Un médecin appelé trouve cette femme dans un demi-coma. Pouls tendu. Pupilles contractées. Respiration rapide et anxieuse. Il pratique immédiatement une saignée de 400 grammes, fait un lavage de l'estomac et administre un grand lavement. Deux grammes de chloral par la bouche. Température 38°9, quelques grammes d'urine dans la vessie.

Je vois la malade vers 11 heures et demie. Elle vient de prendre sa troisième crise. Le ventre paraît anormalement volumineux, il est tendu, et le palper de ce fait est difficile. On n'entend pas de bruit du cœur. Le col est dilaté à cinquante centimètres, dur et épais. La main perçoit des contractions utérines survenant environ toutes les deux minutes.

La malade a encore une demi-conscience, reconnaît les personnes de son entourage. Le danger ne nous paraissant pas imminent, nous décidons de ne pas tenter immédiatement l'évacuation de l'utérus, que l'état du col rendrait extrêmement laborieuse. Nous faisons continuer le chloral (2 grammes toutes les

heures). Il est entendu qu'une nouvelle saignée sera pratiquée si une crise survient.

Je revois la malade vers 2 heures : elle a eu, entre midi et 1 heure et demie, trois nouvelles crises, et se trouve depuis ce moment dans un coma complet. Respiration stertoreuse, cyanose des extrémités.

Le col est dilaté comme une petite paume de main. En peu d'instants, je pratique une craniotomie sur une tête qui se présente, et j'extrais, avec le basiotribe de Tarnier, un fœtus de 1,800 grammes environ. Derrière ce fœtus, un siège apparaît ; je saisis un pied et j'extrais rapidement un deuxième fœtus mort de même poids. Délivrance immédiate, après l'intervention la malade, à qui l'on avait fait plusieurs injections sous-cutanées d'éther et d'huile camphrée, paraît se remonter un peu. Mais c'est une amélioration de courte durée. Bientôt le poulx redevient petit, incomptable, la respiration prend le type agonique et la malade succombe vers 3 heures. A 9 heures moins un quart, elle était dans la rue, considérée par tous, comme étant encore en parfaite santé. L'autopsie n'a pu être faite.

En somme, éclampsie à crises répétées et à évolution foudroyante chez une jeune femme présentant une grossesse gémellaire au huitième mois.

OBSERVATION XXI

(Due à l'obligeance du D^r VIDONNE de Taninges.)

Primipare gémellaire. — Amaurose totale, puis six heures après, éclampsie. — Vingt crises, dont deux nettement déclanchées par les interventions. — Persistance de l'amaurose trois jours. — Amélioration progressive et guérison de la vue en une semaine. — Troubles mentaux. — Crises de convulsions chez un enfant.

Primipare enceinte de huit mois, enflure des jambes depuis un mois, aucun traitement. Le 20/12 premières douleurs continues, mais languissantes le 21. Le 21 au soir, céphalées, vers 6 heures du soir amaurose absolue.

A 2 heures du matin, rupture orificielle de la poche des eaux, provoquant une crise d'éclampsie qui aurait duré trois quarts d'heure (??) coma persistant et crises de 10 à 15 minutes toutes les heures.

Examen : une tête dans la fosse iliaque droite, aucun cœur perçu. A la partie supérieure de l'excavation, sommet en OIGA, col excessivement rigide, forceps au détroit supérieur en OIGA. Forceps articulé entre deux crises, les premières tractions font éclater une crise. Intervention facile, enfant de 2,000 gr., mort depuis longtemps, muscle utérin languide; tête en OIDP, rupture de la poche, réveil de la contractilité utérine. La tête descend et se cale en OS. Un forceps à la vulve amène un enfant de 1,800 gr., pâle, à téguments refroidis, respirant, air lointain; il est saisi de nombreuses crises de convulsions à type éclamptique (toniques et cloniques avec opisthotonos. L'utérus durcit, puis après vingt minutes ascensionne énormément, sans hémorragie externe. On obtient par manœuvres externes une délivrance gémellaire suivie de 5 à 600 grammes de caillots.

Depuis le début de l'accouchement, le pouls est filiforme et incomptable, se suspendant avant la période des convulsions toniques et ne reprenant qu'avec la respiration.

Les crises offrent le tableau classique, sauf la barre épigastrique, la dyspnée et les vomissements qui manquent.

Les crises se poursuivent régulièrement toutes les heures. Le pouls n'est qu'un frémissement, la respiration s'arrête par intervalles brusquement et reprend de même, sans Scheyne-Stockes.

Les crises s'estompent ensuite, on soutient le cœur par la caféine et l'éther.

Contre toute attente, le lendemain, l'accouchée est encore vivante, le coma a fait place à la surexcitation. Trois hommes la maintiennent péniblement. On administre un purgatif par la voie buccale, bientôt récompensé par une formidable débâcle.

Température dans un moment d'accalmie : 37°2 dans l'aisselle.

Pouls : 160. Galop évident au cœur.

Les jours suivants pas de température.

Urines troubles et denses, pareilles à du chocolat. 8 grammes d'albumine.

La théléromine amène une diurèse copieuse, l'enflure s'affaisse.

L'amaurose est absolue pendant deux jours, la vue revient progressivement avec au début métamorphopsie et perception des objets comme à travers une dentelle infiniment grillagée.

Au point de vue psychique, les troubles mentaux ont duré vingt-quatre heures, l'excitation a persisté pendant trois ou quatre jours, mais progressivement décroissante.

Mémoire. — Interrogée après quinze jours, la malade ne se rappelle plus ce qui s'est passé.

A ce moment, pouls à 100, température 37°, légère enflure des chevilles, légère boursofflure palpébrale, albumine 0 gr. 50.

Aucun symptôme d'hystérie, examen somatique négatif.

Au 28 février. — Pouls 84, cœur normal, pas d'albumine. Le deuxième enfant, après des crises éclamptiques, est mort vingt-quatre heures après sa naissance.

OBSERVATION XXII

(COMMANDEUR.)

Gémellaire univitelline à terme. Enfant, forceps sur le plancher périnéal, fille vivante, pesait 2,670. Procidence du cordon. Version podalique, fille vivante, 2,420.

L. G. entre à la maternité le 12 novembre 1907 où elle est admises aux expectantes.

Primipare. Ses dernières règles sont du 22 au 25 février, elle est à huit mois et quart de grossesse. La malade était venue à la visite et on avait fait le diagnostic de grossesse gémellaire les urines montraient déjà un disque d'albumine.

Depuis son entrée dans le service, la parturiente présentait toujours une quantité plus qu'égale d'albumine; elle était au régime lacté et ne prenait que quelques potages.

Elle a été purgée trois fois en douze jours.

L'utérus mesure 47 centimètres.

Le 23 novembre, dans l'après-midi, elle se plaint d'une céphalée frontale très intense; le soir, elle a des troubles visuels; à 7 heures, ceux-ci sont tels qu'on doit la conduire, car elle se heurte à tout sur son chemin. On lui donne un lavement purgatif qu'elle rend aussitôt. Le toucher fait constater que le col est perméable à un doigt; on la conduit à la douleur et on lui donne 1 gr. de chloral.

A 8 heures, 2 gr. de chloral.

A 5 h. 5 du matin, première crise d'une durée de deux minutes et demie environ, col dilaté à 1 franc.

A 1 h. 15, col toujours à 1 franc, il présente un fil qu'on rompt, d'emblée la dilatation avait de 1 à 3 centimètres, poche des eaux flasque, qu'on dilacère, il s'en écoule un liquide rougeâtre.

2 h. 30, dilatation à 5 francs.

3 heures, douleurs expulsives.

A 4 h. 30, la dilatation étant complète et la tête arrivant sur le plancher périnéal on fait une application des forceps sous anesthésie, la tête est en OIGA.

Le premier enfant est en OIOT avec procidence du cordon qui avait glissé dans le sinus sacro-iliaque droit. M. l'interne fait la version, on termine par un Mauriceau, l'enfant du sexe féminin, nait en état de mort apparente (asphyxie bleue), elle est ranimée après quelques minutes par un bain chaud et quelques frictions, elle pesait 2,420.

De suite après l'accouchement, l'utérus est mou, il y a un écoulement sanguin continu, on fait la compression de l'aorte, il se contracte trois fois, mais faiblement; vingt minutes se passent et la délivrance est faite par simple pression, le placenta arrive à la vulve par sa face fœtale, mais il est retenu par les membranes; l'écoulement sanguin continuant, M. l'interne introduit la main, décolle les membranes et fait de la compression bimanuelle; on fait une injection iodée. Le délivre forme une masse placentaire unique et sur la face maternelle ne présente aucune trace de séparation.

La perte sang est de 750 gr. On donne à l'accouchée deux

lavements de sérum à 400 gr. chacun, à trois heures d'intervalle.

A 6 h. 50, l'écoulement persistant, on fait une deuxième injection intra utérine iodo-iodurée chaude à 48° et l'écoulement cesse.

On a examiné le bassin, et trouvé le pomontoire accessible à à 10, 10,2.

Le 25 novembre, les urines ne renferment que 0.10 centigr d'albumine, la malade se plaint toujours d'une céphalée intense et a toujours des troubles visuels. La quantité totale des urines dans les deux heures est de 1.750 grammes. La miction ne s'effectue pas spontanément. On pratique le cathétérisme le matin et le soir. Chloral, 2 grammes. T 37°4 matin, 38°2 le soir.

Le 26 novembre. — L'albumine a disparu, la céphalée diminue, les urines sont très abondantes, mais les mictions ne sont pas spontanées. T. 38 matin, le soir 38°5. P. 96.

27 novembre. — Malade urine par regorgement. Pas d'albumine. T. 37°6 matin, P. 84 ; soir, T. 39°2, P. 116.

Injection intra-utérine au permanganate, cathétérisme, céphalée, troubles visuels. 1 gr. de chloral.

28 novembre. — Miction spontanée. Lochies fétides. Température élevée au-dessus de 38°5, lavages intra-utérins.

29 novembre. — On isole la malade. Deux lavages intra-utérins par jour.

Le 2 décembre. — Température s'abaisse à 37°7 le matin, et à 37°6 le soir. On ne fait qu'une injection vaginale. Le 3, la malade est à son neuvième jour. T. 37°3, P. 100. On lui donne une injection vaginale.

La malade quitte le service le 8 décembre. Son état est satisfaisant.

En résumé. Un gémellaire chez une primipare. Bassin aplati par GP — 10,2.

1° Forceps sur plancher périnéal.

2° Version podalique. Procidence du cordon du deuxième fœtus. Disques d'albumine. Eclampsie avant et après la délivrance. Infection légère.

OBSERVATION XXIII

(in thèse LIEGEOIS. Lyon. Décembre 1911.)

Eclampsie pendant la grossesse (8 mois). Deux enfants bien portants. (Service de M. le P^r Fabre.)

A..., primipare.

Elle a eu ses dernières règles dans la première quinzaine de septembre.

Au huitième mois elle a ressenti de violentes céphalées avec paroxysme dans la nuit du 9 au 10 mai.

10 mai. — Le premier accès d'éclampsie éclate à 5 heures suivi de trois autres à un quart d'heure d'intervalle.

La malade est admise à 7 heures du soir à la clinique. Sa température est de 37°7. A 8 heures on note un cinquième accès, on donne 2 grammes de chloral, lavement purgatif, on fait un forceps. Accouchement de deux enfants vigoureux, 2 grammes de chloral toutes les deux heures ; poudre de charbon et lavement purgatif. La température se maintient à 37°7.

11 mai. — Pas de nouvelle crise. L'albuminurie est massive. On continue le chloral et la poudre de charbon jusqu'au 15 mai. La malade est mise à un régime exclusivement lacté.

Sur ces 23 cas d'éclampsie puerpérale, coïncidant avec une grossesse gémellaire, nous trouvons 13 guérissons et 10 morts, soit une mortalité de 43 %.

Or, les statistiques des cas d'éclampsie sans gémellité sont moins noires.

Dans une récente thèse portant sur plus de 50 cas d'éclampsie observés à la clinique de M. le professeur Fabre, le D^r Liégeois mentionne une mortalité de 7%.

M. le professeur agrégé Commandeur, dans son rapport sur la « Pathogénie et le traitement de l'éclampsie puerpérale », arrive à 12 %.

Enfin, une statistique des différents cas observés par M. le professeur Voron donne 35 %. Il faut signaler que, pour obtenir ce pourcentage, figurent 4 cas observés dans sa clientèle civile, et sur lesquels, pour deux malades, le docteur fut appelé très tard. Il arriva auprès d'agonisantes.

On voit l'aggravation que l'éclampsie reçoit du fait de la gémellité, de 18 la mortalité monte à 43 %.

CHAPITRE III

Pathogénie de l'aggravation des symptômes éclamptiques dans la gémellité.

Les faits exposés dans le chapitre précédent sollicitent notre sagacité, en attendant une explication. Pourquoi l'éclampsie, dans la grossesse gémellaire, est-elle plus grave que dans la grossesse simple ?

Quelque hypothèse que l'on choisisse parmi celles qui se partagent les suffrages des accoucheurs, il suffit, pour établir ce chapitre, que, raisonnant d'après la théorie adoptée, nous trouvions dans la gémellité elle-même un concours de circonstances qui motive les crises éclamptiques plus sévères que celles qui frappent les femmes grosses d'un seul fœtus. On peut assez raisonnablement envisager l'éclampsie comme la réaction de l'organisme en proie à une intoxication.

Réceptacle et laboratoire à poisons, du fait de sa vie complexe, notre corps lutte contre l'encombrement de ces détritüs nocifs par un système de défense dont les pièces maîtresses sont le foie qui détruit les poisons, les arrête ou les atténue; le rein dont la perméabilité assure l'exode libérateur de ce qui a échappé au foie, et l'intestin qui est la grande voie évacuatrice des poisons.

Tant que la production n'excède pas l'élimination, il y a équilibre ; si, au contraire, par excès d'apport ou insuffisance des voies de sortie, s'accumulent dans le sang les alcaloïdes funestes aux centres régulateurs, c'est la nutrition précaire, dès lors la résistance défectueuse. Et l'on assiste à l'établissement de ce cercle vicieux si fréquent en pathologie. Les toxines blessent l'organisme dont la vie décline, et les organes arrosés par un sang appauvri ou empoisonné exaltent par leur faiblesse le pouvoir des produits excrémentitiels, d'où déchéance plus rapide et plus profonde.

Comment donc, dans la genèse des crises éclamptiques, intervient la gémellité ? Pour chercher méthodiquement une solution à ce problème, demandons-nous successivement : La grossesse gémellaire accumule-t-elle les déchets dans l'organisme maternel ? En deux mots accroît-elle l'*apport* des toxines ? La grossesse gémellaire entrave-t-elle le rôle de défense des émonctoires soit en infligeant au foie un surmenage qui l'affaiblit, soit en réduisant le rôle d'épurateur du filtre rénal ? Pour le faire court, est-elle un obstacle à l'*élimination* des toxines ?

Le fœtus puise dans le sang maternel les matériaux nécessaires à son développement. Quelque exquise que soit sa nutrition, il est sujet à cette loi de physiologie générale qui veut qu'un être vivant n'assimile qu'en désassimilant et élaborant des matières inutilisables destinées à être évacuées. Ce résidu se déverse par le placenta, large brèche ouverte sur le torrent circulatoire maternel. Cet appoint de produits multiples

enrichit de ptomaines le sang de la mère déjà fortement onéré. Si l'éclampsie est si souvent grave dans les grossesses gémellaires, la raison décisive en est que deux organismes consomment beaucoup plus qu'un. L'intensité de vie physiologique d'un utérus gravide a sa rançon dans l'afflux plus considérable des poisons qui vont grever l'économie de la mère, et n'est-il pas logique qu'une dose plus massive de ces déchets lèse plus profondément les tissus, attaque plus cruellement les centres et assure plus efficacement la défaite de la gestante. Donc la gémellité aggrave le pronostic de l'éclampsie, parce qu'elle déverse plus de toxines dans le sang maternel.

Qui ne voit dès lors, à titre de conséquence, qu'elle atteint l'organisme en le privant de ses moyens de défense? Le foie, le rein préposés à l'expulsion de l'ennemi, peuvent, dans la limite de leurs forces, assurer la liberté de l'organisme. Mais toute activité fonctionnelle exagérée aboutit au surmenage; la nature forcée, par de justes représailles, se dérobe. Surmenés, les organes faillissent à leur travail. Le désordre fonctionnel qui les surprend à l'instant où sont requises toutes leurs énergies, les voue à une lésion organique. Détruits partiellement, leurs parties saines sont ainsi livrées plus affaiblies aux attaques des poisons. On voit la filiation des processus et l'échange de mauvais procédés entre le sang, le foie et le rein. Dans l'utérus gravide arrivent des masses de toxines qui chargent le sérum, d'où hyperactivité du foie et du rein. La fatigue rend le travail plus mou et moins sûr, le sang de plus en plus nocif les entame; bientôt les émonctoires

sont insuffisants, les poisons abondent dans l'organisme jusqu'au jour où le système nerveux affaibli se révoltera (la violence est la force des faibles) et produira les grands accès éclamptiques.

Il y a plus, non seulement la gémellité entraîne la déperdition sanguine par des phénomènes chimiques en lésant les organes dévolus à la défense de l'économie. Par le phénomène tout physique de la compression, elle obstrue le courant sauveur qui entraîne hors du corps les produits inutilisables.

L'énorme distension qu'elle inflige à l'utérus transforme cet organe en un véritable ballon compresseur.

Les canaux de l'urine vecteurs aplatis, écrasés par cette masse sont comme soumis à une ligature, d'où stase de l'urine, en amont, avec tout son cortège de conséquences. Assez souvent la clinique nous montre l'urémie éclater chez des malheureuses dont les uretères sont fonctionnellement annihilés par un fibrome.

L'intestin lui-même, ce quartier général des toxines, qui ne demandent qu'à traverser la muqueuse, est à l'étroit dans l'abdomen ; sa lumière rétrécie, lorsqu'elle n'est pas obstruée refuse les matières et enferme le loup dans la bergerie.

Nous concluons donc que la grossesse gémellaire rend plus sombre le pronostic d'éclampsie, et parce qu'elle est une source de toxines plus abondantes qu'une grossesse ordinaire, et parce que, plus qu'une grossesse ordinaire, elle crée des obstacles à l'évacuation des ptomaines, soit en surmenant le foie et le rein, soit en supprimant partiellement par la compression et le filtre rénal qu'elle engorge, et l'intestin qu'elle aveugle.

CONCLUSIONS

I. — Nous relatons 23 cas d'éclampsie puerpérale coïncidant avec une grossesse gémellaire, nous trouvons 13 guérisons et 10 morts, ce qui donne une mortalité de 43 %.

II. — Si nous rapprochons ce pourcentage du chiffre exprimant la mortalité dans les éclampsie en général, (soit 18 % d'après les statistiques lyonnaises), nous pouvons conclure que la gémellité fait l'éclampsie non seulement fréquente, mais plus grave.

III. — Et cette aggravation peut s'expliquer par un double processus. La gémellité accroît les apports nuisibles par la présence des deux fœtus, et elle entrave l'élimination des excréments par la compression que l'utérus exagérément distendu fait subir aux uretères et à l'intestin.

IV. — Aussi il importe que l'accoucheur, en prévision de ses accidents, redouble ses précautions dans

grossesses gémellaires, et prévienne l'irruption de l'éclampsie en apportant un soin singulier à conserver la perméabilité du filtre rénal et la liberté de la voie intestinale.

Vu

Vu :

Le Président de la thèse,

Le Doyen,

FABRE.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyôn, le 12 décembre 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

